

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

No

166

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond Albert DUPUY

Né le 7 septembre 1902, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ÉCOULEMENTS DE SANG
PAR LE MAMELON

Président : M. F. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1932

181

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond Albert DUPUY

Né le 7 septembre 1902, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ÉCOULEMENTS DE SANG
PAR LE MAMELON

Président : M. F. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 HAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	) Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
LEDOUX-LEBARD	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

*Témoignage de ma respectueuse
affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- 1921 — Monsieur le Professeur LEJARS.
Monsieur le Professeur CHAUFFARD.

Externat

1922. — Monsieur le Professeur P. DUVAL.
1923. — Monsieur le Docteur MOCQUOT.
1924. — Monsieur le Professeur FIESSINGER.

Internat provisoire

1925. — Monsieur le Docteur BRÉCHOT.

Internat

1928. — Monsieur le Professeur LEJARS.
1929. — Monsieur le Docteur ROUX-BERGER.
1930. — Monsieur le Docteur LARDENNOIS.
1931. — Monsieur le Docteur HEITZ-BOYER.

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. les Docteurs CATHALA, MADIER, BROCC,
BRODIN, MARSAN, R. MONOD, GASNE.

A Monsieur le Docteur CHIBRET

A MES CONFÉRENCIERS

Monsieur le Docteur A. LAPORTE

Monsieur le Docteur LEPAUMIER

A MES COLLÈGUES DANS LES HOPITAUX

L'écoulement de sang par le mamelon est un signe classique, sinon fréquent, pouvant se rencontrer dans la plupart des lésions chirurgicales du sein.

Tantôt, cet écoulement mamelonnaire apparaît en cours d'évolution d'une affection mammaire déjà connue. L'hémorragie par le mamelon, ne constitue alors qu'un signe de plus à ajouter au tableau clinique de l'affection. On remarque cet écoulement du fait de sa rareté, mais l'apparition de ce symptôme ne modifie en rien, les indications thérapeutiques spéciales à chaque affection.

Dans d'autres cas, au contraire, l'écoulement sanglant ou séro-sanguinolent par le mamelon constitue l'unique symptôme. L'examen clinique le plus attentif ne permet de rien déceler d'anormal dans la glande mammaire. Dans ces cas, l'hémorragie mamelonnaire résume toute la symptomatologie.

Ce sont ces formes où l'écoulement sanglant apparaît comme symptôme isolé ou comme premier symptôme que nous nous proposons d'étudier.

-A quoi correspondent-ils aux points de vue anatomique et clinique les écoulements ?

Quelle décision doit-on prendre lorsqu'on se trouve en leur présence ?

Autant de problèmes qui ont déjà été longuement étudiés et auxquels nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution.

CHAPITRE I

L'écoulement sanglant n'est pas l'unique symptôme. Il apparaît au cours de l'évolution d'une lésion du sein facile à reconnaître.

Dans ce premier chapitre, nous passerons rapidement en revue les lésions chirurgicales du sein qui peuvent s'accompagner d'écoulement sanglant par le mamelon.

Pour chacune de ces affections, nous analyserons le mode d'apparition et l'évolution de ce symptôme. Nous étudierons enfin les indications thérapeutiques spéciales que cet écoulement mamelonnaire peut entraîner.

Au cours de l'évolution des différentes formes de CANCERS DU SEIN, les écoulements sanglants ou séro-sanglants sont exceptionnels. Delbet, sur une statistique de 228 cas, n'en a noté que 20 fois.

On observe ces écoulements, tout spécialement dans les cancers nés par transformation d'une lésion bénigne des canaux galactophores. Mais il ne faudrait pas croire le symptôme propre à cette variété d'épithélioma. Ces

écoulements de sang par le mamelon se produisent aussi bien dans le cancer du type le plus banal.

En réalité, il n'y a aucun rapport entre la variété de cancer et l'écoulement par le mamelon. Ce symptôme dépend de conditions topographiques et non de conditions histologiques. Il indique tout simplement que la tumeur est en communication avec les conduits galactophores.

Les 20 cas de Delbet s'étant accompagnés d'écoulement par le mamelon, se répartissent de la façon suivante :

6 épithéliomas cylindriques ;

3 polymorphes mammaires ;

3 épithéliomas sécrétants ;

2 mégacellulaires ;

2 dendritiques.

et 3 observations sans examen histologique.

L'apparition de ce signe ne modifie en rien les indications thérapeutiques. Il permet seulement, bien souvent, en inquiétant les malades de les décider plus tôt à consulter.

DANS LA MALADIE DE PAGET, l'écoulement de sang par le mamelon est beaucoup plus fréquent. On conçoit cette fréquence, si on admet avec Lecène que la maladie de Paget n'est pas une dyskératose mamelonnaire localisée, mais bien au contraire une affection frappant non seulement les téguments mamelonnaires mais aussi tout

l'appareil excréteur du sein au niveau des canaux galactophores.

Pour certains auteurs (Cheatle. *British Journal of Surgery*, t. XIII, janvier 26). Cette dyskératose pourrait même exister d'une façon isolée sur les canaux galactophores sans lésion mamelonnaire concomitante. Nous reviendrons plus en détail sur les hémorragies mamelonnaires révélant une maladie de Paget à son début.

Dans ce chapitre nous nous contenterons de signaler la possibilité de ces écoulements sanglants au cours de l'évolution de cette affection.

Parfois ces écoulements sanglants surviennent à la période de début. A ce moment, il existe une croûte jaune, très adhérente, recouvrant tout ou partie d'un mamelon. Si on détache cette croûte, on découvre une ulcération suintante, rouge, bien limitée, aux contours festonnés, mêlée d'îlots épidermisés. Au palper entre deux doigts, cette ulcération présente une induration légère, mais constante. L'examen du sein ne montre aucune altération du reste de la glande. L'erreur de diagnostic consiste à prendre cette ulcération pour de l'eczéma et à traiter l'affection médicalement.

A une période plus tardive, les écoulements mamelonnaires sont toujours possibles. Ce fait s'explique par l'évolution de l'affection en profondeur. Les canaux galactophores sont alors macroscopiquement envahis. L'écoulement sanglant survient chez une malade présentant une ulcération suintante ayant dépassé les limites du mamelon, recouverte d'une croûte, s'accou-

pagnant dans la glande de un ou plusieurs noyaux cancéreux typiques, et parfois déjà de ganglions axillaires. Le diagnostic est à ce moment évident : il entraîne immédiatement l'amputation large du sein avec curage axillaire, car au point de vue histologique, il ne s'agit plus de lésions dyskératosiques à marche lente mais les basales sont rompues et la dispersion des éléments cancéreux dans le stroma est évidente.

L'écoulement séreux ou séro-sanguinolent par le mamelon est un signe fréquent survenant au cours de l'évolution d'une MALADIE DE RECLUS.

Le fait s'explique facilement au point de vue anatomique. L'écoulement peut être dû à l'ouverture d'un kyste séreux ou sanglant dans un galactophore. Il peut s'expliquer aussi par les végétations canaliculaires des canaux excréteurs.

Mais de toutes façons, rapporter l'écoulement à sa vraie cause est d'habitude facile. L'affection est bilatérale. En palpant les seins à plat sur le thorax, on note l'irrégularité de leur surface, la multitude de petits noyaux durs, enchassés dans le parenchyme. Les noyaux sont très variables de dimensions. Ils sont parfois un peu douloureux. Parfois aussi, la palpation d'un de ces kystes reproduit l'écoulement mamelonnaire dont se plaint la malade.

En face d'un tel tableau, le diagnostic est facile. L'indication opératoire, par contre, en présence d'une maladie de Reclus, s'accompagne d'écoulement san-

glant par le mamelon, est plus délicate à poser. Cette hémorragie, si elle se prolonge, inquiète la malade et tend à forcer la main au chirurgien naturellement enclin à être peu interventionniste, en face d'une telle affection.

Si on arrive, par le palper, à localiser le noyau, source de l'hémorragie, on est autorisé à faire l'extirpation de ce dernier.

Plus souvent la cause de l'écoulement est impossible à préciser. On doit alors surveiller attentivement la marche de l'affection ; tantôt l'écoulement disparaît au bout de quelques semaines, d'autres fois, au contraire, il se prolonge et on est autorisé dans ces cas à faire l'amputation du sein.

A côté de ces formes typiques de maladie de Reclus, il existe une grande variété de formes frustes ou anormales dont le tableau, n'est plus du tout caractéristique, et prête à de graves erreurs de diagnostic.

On conçoit qu'un écoulement sanglant par le mamelon survenant au cours de l'évolution de telles formes anormales, entraîne presque toujours comme sanction chirurgicale, l'amputation du sein.

Nous rapportons ci-contre, grâce à l'obligeance du Dr Eltrich, d'Alençon, l'observation d'une malade ayant présenté un écoulement de sang par le mamelon et chez qui la présence d'un noyau dur, mal limité, adhérent à la peau, siégeant dans le quadrant supéro-externe du sein, avait fait porter le diagnostic d'épithélioma. L'examen macroscopique de la pièce et l'examen histologique, pratiqués par M. le Pr agrégé Moulonguet, ont

montré qu'il s'agissait en réalité d'une forme anormale de maladie de Reclus.

LE GALACTOCÈLE s'accompagne d'écoulement par le mamelon. Mais celui-ci est un liquide laiteux jaunâtre exceptionnellement sanglant. On se trouve en présence d'une énorme tuméfaction, sous faible tension, molle et très fluctuante. La peau, un peu rouge, glisse facilement sur cette tumeur. Il s'agit d'une malade jeune et nourrice. Par l'expression du mamelon, on fait sourdre ce liquide constitué d'un mélange de pus et de lait. Cette présence de pus ne surprend pas, puisque l'anatomie pathologique démontre que le galactocèle est causé par une inflammation subaiguë ou chronique de la glande mammaire (Lecène et Chifoliau, Société anatomique 1906, p. 746).

Quelle que soit la nature exacte de cet écoulement, le traitement du galactocèle reste le même : ouverture de l'abcès et extirpation aussi complète que possible de la lésion.

Dans ses formes habituelles, la TUBERCULOSE MAMMAIRE ne s'accompagne pas d'écoulement sanglant par le mamelon. Ce n'est que dans des aspects exceptionnels de l'affection que l'on peut rencontrer ce symptôme. Lecène rapporte une observation de tuberculose mammaire, simulant au point de vue clinique un galactocèle mais s'accompagnant d'une adénopathie axillaire. Il existait chez cette malade un écoulement roussâtre se

faisant par le mamelon. L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose typique.

Encore plus exceptionnels sont les écoulements sanglants mamelonnaires dans les ADÉNOMES OU ADÉNO-FIBROMES DU SEIN, et encore ce symptôme ne se rencontre-t-il que dans les formes kystiques de ces affections.

Cette hémorragie mamelonnaire est signalée comme pouvant se produire au cours de l'évolution d'UN ADÉNOSARCOME DU SEIN.

Walther enfin a rapporté un cas d'ANGIOME DU SEIN s'étant accompagné d'écoulement sanglant par le mamelon. La tumeur formée par l'angiome était molle, partiellement réductible, et l'écoulement apparaissait surtout au moment des règles.

En résumé, on voit que l'écoulement sanglant mamelonnaire est un symptôme que l'on rencontre au cours de l'évolution de la plupart des affections chirurgicales du sein.

Dans cette revue rapide, nous n'avons pas parlé de l'apparition de ce symptôme dans l'évolution des tumeurs végétante bénignes intra-canaliculaires. C'est que nous nous réservons d'étudier en détail cette affection à propos des hémorragies mamelonnaires survenant comme premier symptôme d'une lésion du sein restée jusqu'alors méconnue.

CHAPITRE II

L'écoulement sanglant par le mamelon survient comme un symptôme unique

Il s'agit d'ordinaire d'une femme aux environs de la quarantaine venant consulter, parce que, sans prodromes, sans aucune douleur, elle a constaté brusquement l'apparition d'un écoulement rouge ou rosé par le mamelon.

Depuis ce jour, cette sécrétion a persisté, tachant le linge. Bien vite la malade s'est inquiétée de cette hémorragie qui l'a décidée à venir demander conseil.

Cet écoulement sanglant s'est installé brusquement, mais souvent son apparition a été précédée d'une phase d'écoulement séreux ou purulent qui l'a précédé parfois depuis plusieurs mois.

Cette hémorragie mamelonnaire peut d'ailleurs revêtir des aspects un peu divers : il peut s'agir d'un écoulement rouge, de sang pur. Plus rarement la sécrétion mamelonnaire est roussâtre, se fixant parfois sur le mamelon en un coagulum non adhérent.

D'ordinaire il s'agit d'un écoulement séro-sanguinolent, plus ou moins teinté, plus ou moins rosé.

La quantité de l'écoulement est très variable. Tantôt il s'agit de quelques gouttes tachant discrètement le linge. Plus rarement, l'on voit des écoulements très abondants, obligeant les malades à se garnir.

D'ordinaire, il s'agit d'une sécrétion modérément abondante, et ne se produisant souvent qu'à certains moments de la journée ou de la nuit.

Depuis son installation, l'hémorragie mamelonnaire a persisté, toujours indolore, sans aucune modification de forme ni de volume du sein. Souvent, au moment des règles, les malades accusent une recrudescence de ces sécrétions. Souvent, aussi, les malades rapportent qu'une phase d'écoulement sanglant alterne avec une période où la sécrétion redevient séreuse.

L'évolution de ces hémorragies mamelonnaires est très variable. Parfois les écoulements sanglants persistent depuis leur apparition d'une façon permanente et continue. Beaucoup plus souvent, ces sécrétions sanglantes apparaissent d'une façon intermittente. On voit alors, après plusieurs semaines d'hémorragie mamelonnaire, cette sécrétion s'arrêter brusquement. Cette phase de non écoulement est très variable comme durée. Puis brusquement l'hémorragie par le mamelon est réapparue pour disparaître après un intervalle plus ou moins long.

Chez de telles malades, il est fréquent de voir alterner écoulements séreux et écoulements sanglants. Il

est fréquent aussi de voir les phases d'écoulement et de non écoulement se succéder suivant un aspect cyclique.

On voit ainsi des malades qui présentent tous les ans ou tous les six mois un écoulement mamelonnaire de quelques semaines.

D'habitude, les hémorragies sont plus rapprochées et ce sont alors les périodes de non écoulement qui sont les plus courtes, mais qui présentent, elles aussi, un certain rythme dans leur apparition.

Les cas ne sont pas rares cependant, où il n'existe aucune régularité dans cette alternance, et il est impossible de décrire tous les aspects cliniques que peut revêtir l'évolution de ce symptôme : écoulement de sang par le mamelon.

Nous insisterons cependant, dès maintenant, sur la durée habituelle d'évolution de ce symptôme. C'est la règle de voir cet écoulement sanglant persister pendant plusieurs années. Les observations sont fréquentes où cette hémorragie mamelonnaire a persisté pendant plus de dix ans.

Ce qu'il y a aussi de remarquable, c'est que pendant cette longue période, l'hémorragie mamelonnaire peut rester l'unique symptôme. L'écoulement est toujours indolore. L'état général n'a subi aucune modification depuis son apparition, et surtout, l'examen clinique ne permet de rien déceler d'anormal dans la glande mammaire.

Ces cas où l'hémorragie mamelonnaire resté ainsi pendant 5 ans et plus le symptôme unique ne sont pas exceptionnels,

Evidemment, durant cette longue évolution, on peut voir se développer au point de vue clinique une tumeur que l'on aura à reconnaître et à traiter. Ces cas sont les plus fréquents. Nous les signalons dès maintenant, bien qu'ils sortent un peu du cadre « hémorragie symptôme unique », parce que cette évolution est presque la règle et qu'il sera impossible de faire abstraction de cette évolution clinique, au moment où nous discuterons la conduite à tenir en présence d'un écoulement sanglant mamelonnaire existant d'une façon isolée.

Tel est le tableau, en présence duquel on se trouve le plus souvent : écoulement rouge ou rosé, survenu spontanément, absolument indolore, avec un état général non modifié, apparaissant chez une femme aux environs de la ménopause. Mais il existe de nombreuses formes cliniques à ce tableau classique.

En réalité, ces écoulements sanglants peuvent survenir à tous les âges. On peut les rencontrer chez des femmes d'une trentaine d'années et même chez des jeunes filles. Chauvel et Renaud rapportent ainsi un écoulement sanglant mamelonnaire survenu chez une malade de 19 ans. L'observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Brocq rapporte l'histoire d'une hémorragie mamelonnaire survenue chez une jeune fille de 25 ans.

Plus souvent encore, on les voit survenir chez des malades âgées et chez des vieillards. Lecène signale un cas où la malade avait 71 ans. Dogliotti et David rappor-

tent deux observations chez des malades de 68 et de 72 ans.

L'écoulement sanglant peut ne se faire que la nuit. Nous rapportons d'autre part, grâce à l'obligeance du Dr Chibret d'Aurillac, l'observation d'une malade de 52 ans, présentant depuis 5 ans et toutes les nuits de petits écoulements de sang par le mamelon. Ces hémorragies uniquement nocturnes sont restées chez cette malade depuis 5 ans le seul symptôme.

On a signalé, d'autre part, chez des malades atteintes d'hypoplasie génitale et de troubles glandulaires l'existence d'écoulements vicariant par le mamelon au moment des règles. Dans aucune de ces observations d'ailleurs on ne possède l'examen anatomique de la glande mammaire.

Reverdin et Mayor ont publié un cas où l'écoulement sanglant était si abondant qu'il s'agissait d'une véritable hémorragie mamelonnaire.

Rappelons qu'on a étudié, aux doubles points de vue histologique et chimique les écoulements sanglants. Ces examens permettent d'affirmer la présence de sang mais les autres renseignements qu'ils procurent sont d'ordinaire de peu de valeur. Delbet signale cependant un cas où l'on a pu mettre en évidence la présence de cellules cancéreuses dans ces sécrétions.

Chez l'homme les écoulements de sang par le mamelon ne sont pas exceptionnels. Ce signe serait même plus fréquent chez lui que chez la femme, si l'on envisage le peu de fréquence des affections chirurgicales du sein chez l'homme. Ce fait d'ailleurs s'explique facile-

ment puisque chez lui, la glande mammaire n'est représentée que par ses canaux excréteurs. David en 1922 rapporta plusieurs observations d'écoulement de sang par le mamelon chez l'homme de même Cheatle, Dogliotti et Léo.

Le seul fait particulier, c'est que d'habitude l'hémorragie mamelonnaire reste moins longtemps l'unique symptôme.

L'examen clinique étant plus facile chez l'homme, on arrive à percevoir plus vite le développement d'une petite tumeur.

Si l'on excepte ces formes anormales, en règle générale, on se trouve en présence d'une malade d'une quarantaine d'années, chez qui l'écoulement sanglant par le mamelon résume toute l'histoire clinique.

L'examen physique devra toujours être particulièrement méthodique et méticuleux. Chez l'homme et chez certaines malades maigres, la palpation sera facile et permettra d'affirmer qu'il n'existe aucune déformation de la glande mammaire.

Il n'en sera pas de même chez les malades grasses à seins volumineux, où le palper est beaucoup plus difficile, et l'on sera toujours circonspect sur les renseignements que fournit l'examen clinique dans ces cas.

On examinera le mamelon. On regardera s'il n'existe pas à ce niveau un pore dilaté par où se fait l'écoulement. On recherchera l'existence de croûtes, d'ulcérations à ce niveau.

On explorera surtout par le palper à plat sur le thorax

les régions sous et péri mamelonnaires en recherchant avec soin l'existence d'un petit kyste.

Parfois, par l'expression d'un point donné, on arrive à reproduire l'écoulement et ce signe a pour le diagnostic une grosse valeur.

On explorera de même par un examen attentif le reste de la glande mammaire. L'examen sera complété par la recherche des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

On terminera toujours l'exploration par l'examen systématique de l'autre sein.

CHAPITRE III

Les tumeurs végétantes bénignes intra-canaliculaires

Cette palpation minutieuse et attentive permet parfois de reconnaître l'existence d'une petite tumeur.

Cette petite tumeur est située sous l'aréole mammaire ou à son voisinage immédiat. Elle est grosse habituellement comme un grain de raisin ou comme un gros pois. Ce petit kyste est de contour parfaitement régulier. Il est d'habitude tendu et dur, absolument mobile sur le reste de la glande. De même le mamelon glisse facilement sur la surface. Cette petite tumeur est absolument indolore.

Parfois une douce pression sur la tuméfaction pourra faire sourdre du sang par un galactophore. L'on pourra alors savoir quel galactophore est le siège du papillome.

Delbet signale un cas où la palpation du kyste arrivait à affaïsser complètement ce dernier, en même temps qu'on obtenait une hémorragie notable par le mamelon.

En présence de cette tumeur péri-aréolaire de ces caractères de l'écoulement par le mamelon, le diagnostic est facile. Le reste de la glande est normal. Il n'existe aucune adénopathie axillaire. Il s'agit d'une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire.

La tumeur canaliculaire peut se présenter sous des aspects cliniques très différents.

Les dimensions du kyste peuvent être beaucoup plus considérables atteignant parfois celles d'un gros œuf de pigeon. Il est plus fréquent de rencontrer des kystes beaucoup plus petits, n'atteignant pas le volume d'un gros pois. On conçoit que l'examen clinique, même le plus minutieux, ne permette pas de les déceler dans ces cas. L'incision exploratrice sous-mammaire elle-même, surtout si on a à faire à un sein volumineux et gras, ne permet pas toujours de les découvrir.

Il peut exister de même des anomalies au sujet du siège de la tumeur.

Celle-ci est presque toujours sous ou péri aréolaire, mais il existe des observations assez nombreuses où le siège du kyste papillaire était excentrique, siégeant en un point quelconque de la glande mammaire.

Tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de la multiplicité de ces tumeurs végétantes intra-canaliculaires. Il peut s'agir de deux ou de plusieurs petits kystes évoluant simultanément et perceptibles cliniquement. Plus souvent ce développement de kystes multiples n'est pas simultané mais successif. L'on voit alors plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'ablation d'une de ces tumeurs un écoulement par le mamelon se re-

produire et bientôt un ou plusieurs autres petits kystes se développer cliniquement. Delbet a particulièrement insisté sur ces lésions canaliculaires multiples.

Les tumeurs végétantes bénignes intra-canaliculaires peuvent se produire à tous les âges. Tous les auteurs en ont signalé chez des femmes jeunes. C'est aux environs de la quarantaine qu'on les rencontre d'habitude. Mais ces tumeurs peuvent aussi bien se rencontrer chez des malades beaucoup plus âgées et même chez des vieillards. Chez ces gens âgés, elles conservent tout au moins pendant un temps leurs caractères de tumeur bénigne.

Les tumeurs canaliculaires peuvent se rencontrer chez l'homme. Elles se présentent chez lui avec les mêmes caractères cliniques et évolutifs.

Lecène rapporte un cas où la tumeur papillaire avait entraîné une infection canaliculaire ascendante et un abcès du sein. Il sortait par le canal du pus et du sang mélangés. Il s'agissait d'une malade de 45 ans, présentant une suppuration aiguë du sein droit. L'abcès sous aréolaire fut incisé. Un an après une nouvelle poussée inflammatoire avec lymphangite se produisit. En pressant légèrement sur le mamelon, on vit apparaître une houppe vasculaire. On fit alors le diagnostic probable. Incision radiaire à travers le mamelon. On fit l'excision de la tumeur intra-canaliculaire et du galactophore. Depuis 6 ans, la guérison s'est maintenue.

Parfois, à la suite d'un traumatisme, le sang contenu dans le kyste, peut s'infiltrer par effraction dans les tissus voisins, donnant naissance à une ecchymose située en regard de la tumeur. Lecène rapporte une telle

observation chez une malade de 67 ans, diabétique.

L'évolution de ces kystes intra-canaliculaires abandonnés à eux-mêmes est classiquement fort longue. Les écoulements sanglants persistent pendant plusieurs mois, plusieurs années. Le kyste grossit lentement, en conservant longtemps les caractères de tumeur bénigne, bien limitée.

La transformation cancéreuse est toujours possible. Elle s'annonce, par les modifications d'aspect de la tumeur, qui perd ses limites, sa mobilité, par la rétraction du mamelon et très vite par l'apparition de ganglions axillaires. Nous rapportons, d'autre part, une observation de M. le P^r Lejars, où le seul signe de cette transformation néoplasique était la présence d'un ganglion axillaire, chez une malade de 33 ans.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de cette transformation néoplasique.

Pour Lecène cette évolution cancéreuse est rare. Il ne l'a rencontrée que trois fois sur vingt-et-un cas.

Pour Delbet, au contraire, cette transformation serait fréquente — soit qu'il s'agisse d'une évolution cancéreuse de la tumeur canaliculaire — soit qu'il s'agisse du développement simultané d'un cancer du sein.

A ces conceptions différentes correspond une conduite à tenir opposée, pour chacun de ces auteurs, en présence d'une tumeur canaliculaire.

Pour Lecène, une incision radiaire, à travers le mamelon, partant du galactophore malade, permet de découvrir le canal. On le suit jusqu'à la dilatation kystique, noirâtre, remplie par des végétations frangées.

L'ablation du galactophore, du kyste et des tissus mammaires voisins, doit être assez large, pour dépasser sûrement les limites de la lésion. On réunit la peau, après hémostase et suture de la glande sur un drainage capillaire. Cette technique est décrite d'une façon complète dans l'article de Lecène et Galtier du *Journal de Chirurgie* d'avril 1928. Les résultats de Lecène pour six malades opérées de cette façon sont excellents :

- une malade de 46 ans est guérie depuis 15 ans ;
- une malade de 62 ans est guérie après 12 ans ;
- pour quatre autres malades, la guérison est définitive depuis 3 ans.

Pour Delbet, au contraire, la bénignité des tumeurs végétantes intra-canaliculaires est toute relative. Cette bénignité n'existe que si les malades sont opérées à la période de début. Même à cette période initiale, il propose de faire l'amputation du sein, pour enlever d'une part la tumeur kystique et pour enlever en même temps les autres lésions canaliculaires simultanées, qui, pour lui seraient très fréquentes.

L'auteur à l'appui de cette thèse rapporte 2 observations.

Dans l'une, il existait deux kystes distincts, siégeant sur 2 galactophores différents, dont un seul avait été reconnu par l'examen clinique.

Dans la seconde observation, rapportée avec M. Herrenschildt, il existait trois centres de formation néoplasique complètement séparés. Deux de ces centres étaient papillo-épithéliomateux bénins. Mais le troisième avait un tout autre caractère : il s'agissait de pro-

liférations épithéliales anarchiques sans axe conjonctif, dont le caractère cancéreux était évident histologiquement.

On peut rapprocher de ces deux observations le cas rapporté par Baur à la Société anatomique de 1909. Dans une pièce enlevée par Témoin, il avait constaté la coïncidence d'un épithélioma acineux et d'une végétation papillaire dans le même galactophore.

Ces faits doivent être connus lorsqu'on emploie la technique proposée par Lecène. Ils entraînent après l'ablation locale du kyste, une nécessité absolue de surveillance régulière de la malade.

Sachant la possibilité de développement simultané ou successif de plusieurs lésions canaliculaires, on s'assurera après l'opération que l'écoulement sanglant est définitivement tari et qu'il ne se développe dans la région péri-mammelonnaire aucune tuméfaction.

Les tumeurs intra-canaliculaires ont été signalées pour la première fois par Labbé et Coyne en 1876 dans leur ouvrage *Les Tumeurs bénignes du sein*, Cornil et Ranvier plus tard décrivirent les mêmes lésions en les dénommant « carcinomes villeux ». C'est Pillet qui plus tard proposa à cette affection, le terme d'épithélioma intra-canaliculaire dendritique. Lecène dit qu'à ce terme d'épithélioma, il faut ajouter le qualificatif « typique » pour éliminer toute idée de malignité.

A l'examen d'une pièce fraîchement préparée, on voit que la tumeur siège dans un canal galactophore. Celui-

ci est renflé en une ou plusieurs dilatations ampullaires siégeant dans la région péri-mamelonnaire. On peut cathétériser à partir du mamelon le canal galactophore, avec un gros crin de Florence ; on démontre ainsi la continuité du canal et de la cavité kystique.

La petite tumeur présente des dimensions variables. Habituellement, elle est grosse comme une cerise ou comme un grôs pois. La paroi du petit kyste est épaisse, blanchâtre. Cette paroi est toujours nette et délimite nettement la tumeur d'avec le reste de la glande mammaire.

Dans le petit kyste, on trouve un liquide séro-hématique brunâtre, qui donne sa coloration à la tuméfaction. Baignant dans ce liquide qui s'écoule à l'ouverture du kyste on trouve la tumeur végétante intracanaliculaire. Celle-ci est pédiculée, frangée en arborisation très fines et très légères ; les végétations dendritiques remplissent souvent toute la paroi du kyste.

A l'examen microscopique, l'aspect de ces tumeurs végétantes intra-canaliculaires est tout à fait caractéristique.

A un faible grossissement, on voit que dans le galactophore existe un amas de végétations dendritiques ou rameuses qui emplissent sa lumière, mais, fait capital, la paroi de ce canal est toujours intacte et forme une paroi infranchissable aux franges de la tumeur.

A un fort grossissement, il s'agit d'une néoformation épithélio-conjonctive.

L'axe conjonctif est formé par du tissu conjonctif lâche bien vascularisé, toujours fragile. L'écoulement de

sang par le mamelon s'explique facilement par la rupture des capillaires, toujours très nombreux dans les végétations.

Le revêtement épithélial qui tapisse les végétations est constitué par un épithélium cylindrique, haut, en tous points analogue à celui qui normalement forme le revêtement des canaux galactophores.

Tel est, pour Lecène, l'aspect histologique de ces tumeurs végétantes intra-canaliculaires. Pour lui, celles-ci se présentent donc comme des tumeurs bénignes, n'envahissant ni la voie lymphatique, ni la voie sanguine.

Delbet n'envisage pas au point de vue histologique les épithéliomas dendritiques de la même façon.

Il insiste d'une part sur l'énorme polymorphisme que peut revêtir l'épithélium de revêtement : « les cellules ont des dimensions et les formes les plus variables, depuis la forme cubique, basse, parfois acidophile, jusqu'aux formes cylindriques très hautes. La description complète de ces formes cellulaires serait sans intérêt. Ces variations extrêmes peuvent se rencontrer dans la même tumeur. On voit ainsi les deux faces d'un même axe conjonctif présenter des revêtements épithéliaux différents avec d'un côté une seule rangée de cellules cubiques bien régulières, et, sur l'autre face, des cellules plus hautes entassées sur plusieurs couches ».

Delbet admet d'ailleurs que ce polymorphisme ne supprime pas la polarité de ces épithéliums. Il n'existe aucune anarchie cellulaire.

Il insiste cependant sur un autre fait capital. « Les pédicules conjunctivo-vasculaires renferment parfois des

cellules épithéliales, c'est-à-dire, en somme, qu'il y a une infiltration des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif. Tantôt ces petites cellules épithéliales se groupent en petites cavités acinoïdes : certaines végétations en sont absolument criblées si bien que le support conjonctivo-vasculaire n'est plus représenté que par un réseau conjonctif insignifiant. Tantôt elles s'infiltrent sans ordonnance spéciale (P. Delbet, *Les cancers du sein* page 15 et les suivantes)

Nous n'avons pas à prendre partie dans l'appréciation des caractères histologiques de ces tumeurs.

La très longue évolution clinique de ces tumeurs lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, les guérisons définitives que l'on obtient, par la simple extirpation locale, nous permettent de les considérer au point de vue clinique, comme des tumeurs longuement bénignes.

Lorsque la transformation néoplasique se produit on voit l'aspect histologique se modifier complètement : à un faible grossissement, la paroi du canal est forcée par les végétations qui s'infiltrent dans les tissus voisins, à un fort grossissement, les cellules épithéliales de revêtement ont perdu leur aspect et leur disposition ordonnés. Elles sont inégales et présentent des monstruosité nucléaires. L'envahissement lymphatique est la règle.

Tel est l'aspect anatomique et clinique sous lequel se présentent les tumeurs végétantes bénignes intra-canaliculaires.

Nous insisterons encore en terminant ce chapitre sur

la faible grosseur que présente d'habitude la tumeur kystique. Si par une palpation attentive, on arrive à sentir une tuméfaction de la grosseur d'un grain de raisin ou d'un gros pois, on ne parvient pas, malgré un examen méticuleux à percevoir les cavités kystiques de volume beaucoup moindre. C'est dans ces cas que l'écoulement mamelonnaire reste pendant très longtemps le symptôme isolé. Il est alors impossible de rapporter le symptôme à sa vraie cause. Il est encore plus difficile de poser l'indication opératoire.

CHAPITRE IV

Quelles sont, en dehors des tumeurs canaliculaires, les différentes causes anatomiques de ces écoulements mamelonnaires isolés ?

Dans ce chapitre, nous étudierons les différentes affections du sein qui peuvent se révéler par un écoulement mamelonnaire isolé. Nous examinerons, en outre, s'il existe des moyens cliniques de faire le diagnostic précis ou probable de la lésion en évolution.

Un écoulement sanglant ou séro sanguinolent, survenant d'une façon isolée. doit, avant tout, faire penser au développement d'une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire.

Pour Lecène, les quatre cinquièmes des cas d'hémorragies mamelonnaires, symptôme unique, seraient dus à cette cause.

Quels sont les signes qui permettent, en présence d'un écoulement de sang par le mamelon, de penser qu'il

s'agit d'une tumeur papillaire impossible encore à percevoir du fait de ses faibles dimensions ?

On a voulu voir dans certains caractères de l'écoulement sanglant un élément particulier propre à ces tumeurs kystiques canaliculaires. L'écoulement dans ces cas serait généralement abondant. En outre, il serait constitué de sang rouge presque pur. L'examen microscopique permettrait de reconnaître la présence presque exclusive de globules rouges très abondants et peu altérés.

Ce double caractère, sang abondant et presque pur, est signalé d'une façon très fréquente, Mais il a loin d'avoir une valeur pathognomonique. Nous rapportons, d'autre part, l'observation d'un adéno-fibrome, s'étant révélé par une hémorragie abondante de sang rouge.

L'âge de la malade permet-il, en présence d'un de ces écoulements sanglants de penser qu'il s'agit d'une tumeur canaliculaire ?

Là encore, les renseignements fournis par l'âge sont loin d'avoir une valeur absolue. C'est évidemment entre 35 et 40 ans que ces kystes papillaires se développent de préférence. Mais on voit aussi bien, ces tumeurs évoluer chez des malades beaucoup plus âgées. David (*Annals of Surgery*, 1922. Vol. LXXV), rapporte l'observation d'une tumeur bénigne intracaniculaire chez un homme de 82 ans. Dogliotti (*Archives italiennes de chirurgie*, décembre 1925) signale une observation de kyste papillaire, évoluant avec ses caractères bénins chez une malade de 72 ans. Ces faits montrent qu'il ne

faut pas systématiquement penser au développement d'un néoplasme chez des malades ayant dépassé la soixantaine.

Le seul signe de probabilité assez particulier aux tumeurs végétantes bénignes intracaniculaires, c'est la très longue durée habituelle des écoulements sanglants qui les ont révélés.

Quand une hémorragie mamelonnaire persiste pendant plus de deux ans d'une façon isolée, sans qu'aucun signe clinique ne soit apparu, il y a de très grandes chances pour qu'il s'agisse d'un épithélioma dendritique.

Les observations de malades ayant présenté pendant plus de cinq ans de tels écoulements continus ou intermittents sont très fréquents. Toutes les pièces opératoires de malades opérées après ces temps d'écoulement mamelonnaire montre qu'il s'est agi de tumeurs végétantes intra-caniculaires.

Nous rappelons en particulier l'observation de David, où l'écoulement sanglant mamelonnaire exista pendant 13 ans comme unique symptôme, avant l'apparition, après ce laps de temps, d'une tumeur papillaire.

Cette longue durée d'évolution n'a cependant pas une valeur pathognomonique. Mondor et Moulonguet, en particulier, ont publié l'observation d'un cancer des canaux galactophores, qui ne s'est révélé qu'après trois années d'écoulement mamelonnaire isolé.

En réalité, le diagnostic de certitude, n'est fourni que par l'apparition de la tumeur sous-mamelonnaire, avec

ses caractères de petite tumeur dure ou rénitente, parfaitement mobile, indolore, dont la palpation permet souvent de reproduire l'écoulement par le mamelon sans adénopathie. A ce moment-là, seulement on peut rattacher avec certitude l'écoulement à la vraie cause.

D'une façon plus précoce, on aurait pu par une incision exploratrice sous-mammaire, reconnaître la lésion trop petite pour être décelée cliniquement. Mais il faut savoir qu'en opérant à la période de début, surtout chez des malades grasses à seins volumineux, il n'est pas facile de déceler de petites lésions canaliculaires.

Nous voyons que dans ces cas, la seule façon certaine de rattacher une hémorragie mamelonnaire, symptôme unique à sa vraie cause, c'est de reconnaître le développement de la tumeur sous-mamelonnaire. Mais nous savons que cette signature clinique demande parfois cinq ans et plus à se produire.

En somme, c'est l'évolution clinique qui permet de reconnaître avec certitude qu'il s'agissait bien d'une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire. Ce sera d'ailleurs encore cette évolution clinique qui sera le meilleur guide pour déceler les autres causes anatomiques de ces écoulements sanglants par le mamelon.

A côté des tumeurs végétantes bénignes intra-canaliculaires qui représentent de loin la cause la plus fréquente des écoulements mamelonnaires survenant d'une façon isolée, on a des observations nombreuses où cette hémorragie mamelonnaire a révélé un cancer à son début une maladie de Paget non encore décelable clinique-

ment, une maladie de Reclus à forme anormale, un adéno-fibrome à caractères particuliers.

Ces observations sont intéressantes du fait de la rareté des cas qu'elles rapportent. L'existence de telles formes, pour rares qu'elles soient, devra cependant toujours être présente à l'esprit au moment de la discussion de la conduite à tenir en présence d'un écoulement sanglant par le mamelon symptôme unique et isolé.

L'hémorragie par le mamelon peut être le premier signe de l'évolution d'un cancer des canaux galactophores.

Mondor et Moulonguet en ont rapporté une très belle observation. Il s'agissait d'une femme, de 42 ans, suivie depuis plusieurs années, et qui présentait de petits écoulements de sang par le mamelon. On ne sentait aucune tumeur mammaire et à cause de cela, l'intervention était différée. Celle-ci fut décidée par l'apparition d'un ganglion axillaire et consista en l'amputation large du sein. La coupe montra des végétations exubérantes disséminées dans tous les canaux. On remarqua dans le plus grand un calcosphérite.

Cheatle, a fait une étude complète de ces cas sous le nom d'hyperplasie dysgénétique des épithéliums de la mamelle. Il semble bien qu'il s'agisse là d'une lésion néoplasique et Lecène l'appelait : épithélioma végétant diffus des galactophores, toujours justiciable d'une amputation large du sein.

Nous rapportons, d'autre part, une très belle observation de M. le P^r Lejars, où un écoulement mamelonnaire, symptôme unique pendant 5 ans, se termina, après ce temps, par l'évolution d'un cancer du sein à forme anormale.

D'autres fois, l'écoulement sanglant par le mamelon, peut dépendre d'une maladie de Paget à son début. On sait en effet maintenant qu'il peut exister des lésions isolées des canaux galactophores, tout à fait identiques à celles de la maladie de Paget mais évoluant sans les lésions mamelonnaires qui les décèlent cliniquement. Ces lésions isolées des canaux excréteurs ont été bien étudiées par Cheate. (*British Journal of Surgery*, t. XIII, janvier 1926).

En ces cas, il existe d'une façon presque constante un écoulement de sang par le mamelon. Cet écoulement, peut persister pendant de longs mois d'une façon isolée, sans qu'aucun signe clinique ne permette de faire le diagnostic probable de la lésion.

C'est secondairement, l'apparition de croûtes et d'ulcérations sur le mamelon qui permet de faire le diagnostic étiologique, et de pratiquer une amputation large du sein avec curage axillaire.

Nous avons déjà étudié les écoulements mamelonnaires survenant comme premier symptôme de formes anormales de maladie de Reclus.

Nous rapportons d'autre part, grâce à l'obligeance de M. le D^r Brocq, l'observation d'un adéno-fibrome du

sein un peu anormal, s'étant révélé uniquement par un écoulement sanglant mamelonnaire.

Il s'agissait d'une jeune fille de 25 ans venue consulter pour une hémorragie mamelonnaire, survenue un mois auparavant, au niveau du sein gauche. Cette hémorragie indolore était apparue spontanément, succédant à une phase d'écotement purulent.

A l'examen, on trouvait deux seins énormes, rappelant certaines formes frustes d'hypertrophie mammaire. Le mamelon était normal. Par le palper le plus attentif on ne trouvait aucune tumeur dans aucun des deux seins. Il n'existait aucune adénopathie.

Du fait de la bilatéralité de l'hypertrophie mammaire, parce qu'on ne sentait aucune tuméfaction, on proposa l'expectative et la surveillance à la jeune malade. Celle-ci réclamant l'intervention, on pratiqua, l'amputation du sein gauche.

A l'examen de la pièce, on trouva une^e hypertrophie mammaire diffuse, et, en outre une petite tumeur, sous mamelonnaire, blanchâtre, assez bien limitée, d'aspect adénomateux. L'examen histologique de la pièce, fait par M. le Dr Thibaut, montra qu'il s'agissait d'un adéno-fibrome kystique.

En résumé, l'on voit que les écoulements mamelonnaires, symptôme unique, peuvent dépendre de causes anatomiques nombreuses et très différentes.

On voit, en outre qu'il n'existe aucun signe clinique

qui permette de faire le diagnostic précis ou probable de la lésion en évolution.

Un dernier problème se pose : Existe-t-il des hémorragies mamelonnaires survenant sans causes anatomiques et dues à des troubles sanguins ou glandulaires ?

On a signalé, en effet, chez des hystériques, des écoulements sanglants alternant avec des épistaxis et des hématoméses ; mais, dans ces cas, l'examen général du malade permettra facilement le diagnostic.

On a signalé, en outre l'existence d'écoulements vicariants, survenant par le mamelon, au moment des règles, chez des malades atteintes d'hypoplasie génitale et de dysménorrhée. Mais dans la plupart de ces observations, rapportées sous le nom d'écoulements vicariants, on ne possède pas l'examen anatomique de la glande mammaire.

Ces cas méritent d'être connus : mais, quand on sait la longueur d'évolution des hémorragies mamelonnaires révélant un petit kyste papillaire, quand on sait les petites dimensions qu'un tel kyste peut présenter, on peut toujours se demander, en présence des observations précédentes, s'il ne s'est pas agi d'une telle tumeur passée inaperçue.

CHAPITRE V

Quelle décision doit-on prendre en présence d'un écoulement sanglant mamelonnaire isolé

Dans les chapitres précédents, nous avons vu que l'hémorragie par le mamelon, symptôme unique, pouvait être due à des causes fort diverses.

Tantôt, cet écoulement sanglant dépend d'une tumeur bénigne papillaire.

Tantôt, au contraire, cet écoulement constitue le seul signe d'un cancer en évolution.

Nous avons vu aussi qu'il était impossible, en présence de ce signe isolé, de pouvoir faire un diagnostic étiologique certain.

Le caractère de l'écoulement, son mode d'apparition, l'âge de la malade, rien ne permet d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion bénigne ou d'une lésion néoplasique.

Aussi, pour être certains de ne pas laisser évoluer une affection cancéreuse à son début, certains auteurs proposent-ils toujours, de faire, en présence d'un écoulement de sang par le mamelon, l'amputation large du sein.

Tel est l'avis des chirurgiens allemands et, en particulier de ceux de l'école de Francfort.

La mamelle saignante « blutende mamma » constitue pour eux un syndrome clinique. Ce syndrome dépend naturellement de causes anatomiques fort diverses, mais toujours il est justiciable d'un même traitement : l'amputation du sein, des pectoraux avec curage axillaire.

Ils admettent que ces hémorrhagies révèlent un état « précancéreux » qui peut n'avoir d'autre manifestation clinique, que tout le sein est suspect et que le seul traitement rationnel est l'amputation large du sein.

Cette opinion est défendue par Schmieden. Elle est exposée par Pribram (*Ergebnisse der Chirurgie und Orthopædie*, t. XIII, p. 311, 1917).

Klose, de Dantsig, sur 9 cas personnels, dont 3 sans tumeur cliniquement appréciable, a trouvé constamment des lésions histologiques cancéreuses (*Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 27). Erdheim, sur 17 cas de mamelle saignante révèle :

- 6 cancers ;
- 10 tumeurs papillaires ;
- 1 mastite kystique.

Il est évident que, devant de pareilles statistiques, l'amputation du sein apparaît comme une mesure de prudence.

Mais le problème paraît ainsi mal posé.

Les chirurgiens allemands réunissent, sous le nom de

mamelle saignante, toutes les affections du sein s'accompagnant d'un écoulement de sang par le mamelon. Mais ils englobent dans ce syndrome des cas cliniques fort divers. Dans leurs observations les cas sont nombreux où, par l'examen, on pouvait sentir, soit un kyste papillaire facile à percevoir, soit une maladie de Reclus. Il est évident que, dans ces cas, l'écoulement de sang par le mamelon n'était pas le symptôme isolé.

Nous avons essayé de montrer que presque toutes les lésions chirurgicales du sein pouvaient s'accompagner d'hémorragie mamelonnaire. Mais dans tous les cas où l'examen clinique permet de faire un diagnostic, l'écoulement par le mamelon ne modifie en rien les indications thérapeutiques spéciales à chaque affection.

Ces cas ne doivent pas rentrer dans le syndrome « mamelle saignante » et il est illogique de réserver toujours un même traitement à des lésions anatomiquement et cliniquement fort diverses.

Les statistiques portant sur les cas où l'écoulement sanglant par le mamelon constituait le symptôme isolé, sont toutes différentes. Lecène admettait que l'hémorragie mamelonnaire était alors due, dans 80 % des cas, à une tumeur végétante bénigne intracanaliculaire. Telle est aussi l'opinion de Deryl Hart, de Baltimore, dans un article fort complet (*Archives of Surgery*, avril 1927).

Cette notion de fréquence des tumeurs bénignes dans l'étiologie des hémorragies mamelonnaires est une notion très importante.

En effet c'est elle qui contreindique l'amputation systématique du sein, en présence de tout l'écoulement de

sang par le mamelon. Cette technique entraînerait, en effet, dans les quatre cinquièmes des cas, à pratiquer une mutilation inutile, sous prétexte de ne pas laisser évoluer un cancer au début, éventualité extrêmement rare.

A cette double notion de fréquence des tumeurs canaliculaires et de bénignité de leur évolution, il faut cependant ajouter la possibilité de leur transformation néoplasique.

C'est la possibilité de cette évolution cancéreuse qui contreindique à son tour, l'abstention systématique en présence d'un écoulement sanglant mamelonnaire existant d'une façon isolée.

C'est la connaissance de toutes ces éventualités qui permettra de poser, en présence de chaque cas, l'indication thérapeutique la mieux appropriée.

Il est impossible en présence d'un écoulement symptôme unique d'adopter une ligne de conduite fixe et invariable.

Différents facteurs que nous allons étudier interviennent dans la décision, et l'indication thérapeutique ne se pose pas de la même façon dans tous les cas.

En présence d'un écoulement par le mamelon symptôme unique, on peut proposer trois conduites différentes :

- a) L'AMPUTATION DU SEIN;
- b) L'EXPECTATIVE;
- c) UNE OPÉRATION EXPLORATRICE.

On se basera, avant tout, pour établir l'indication thérapeutique sur l'âge de la malade.

Chez une femme ayant dépassé la cinquantaine, l'amputation simple du sein est conseillée par la plupart des chirurgiens. On a beau savoir la possibilité d'évolution, à cet âge tardif d'une simple tumeur papillaire, on est cependant hanté, à cet âge, par le fait de laisser évoluer un néoplasme au début. Si l'examen anatomique de la pièce donne le moindre doute, on complètera l'opération par une amputation des pectoraux avec curage axillaire.

Chez une malade jeune, on peut choisir entre deux solutions différentes :

- a) L'expectative, avec surveillance régulière ;
- b) Immédiatement une opération exploratrice.

La surveillance de l'affection ne constitue pas une solution illogique et l'évolution clinique ultérieure justifie très souvent cette conduite. Parfois, ce sont les malades qui obligent à cette expectative par leur refus d'intervention immédiate.

M. Lejars se rappelle avoir proposé, il y a 7 ans, l'amputation du sein à une malade d'une quarantaine d'années, présentant des hémorragies mamelonnaires isolées. La malade ayant refusé l'intervention, depuis 7 ans les écoulements ont persisté, aucune tumeur ne s'est développée et la malade se félicite de son refus.

Il est évident que l'incision exploratrice immédiate satisfait l'esprit en permettant d'emblée de reconnaître et de traiter la lésion en cause. Mais, à cette phase initiale, les lésions sont souvent petites. Celles-ci sont parfois difficiles à découvrir dans le parenchyme glandu-

laire. On est alors obligé à faire de nombreuses coupes dans le sein pour les déceler. A cette phase initiale ces lésions peuvent être délicates à interpréter. Il peut arriver enfin, surtout dans les seins volumineux et gras, qu'on n'arrive pas à les découvrir.

Ces faits justifient la possibilité de l'abstention et de surveillance en présence d'un écoulement sanglant mamelonnaire survenant chez une femme jeune.

1° La surveillance.

L'abstention devra entraîner la surveillance régulière de la malade tous les mois ou tous les deux mois.

Cette surveillance régulière devra être particulièrement attentive pendant la première année d'hémorragie mamelonnaire. C'est généralement, en effet, au cours des premiers mois que les affections graves ayant déterminé l'écoulement par le mamelon jettent leur masque.

L'apparition du moindre signe suspect entraîne immédiatement l'amputation large du sein.

Ce signe suspect peut être l'apparition d'un ganglion axillaire isolé, comme dans l'observation de Mondor.

C'est plus souvent le développement d'une petite tumeur, suspecte parce qu'elle n'est pas parfaitement régulière et mobile, qui entraîne cette décision.

D'autres fois, c'est l'apparition de croûtes et d'ulcérations sur le mamelon, qui permettra secondairement de rattacher l'écoulement mamelonnaire à une maladie de Paget et de faire dans ce cas aussi comme l'a conseillé Lecène, une amputation large du sein.

D'habitude cette surveillance régulière et les examens répétés montrent, après un ou deux ans, qu'il ne s'est rien développé d'anormal dans la glande mammaire.

Est-on autorisé, dans ces cas, à continuer ainsi l'expectative jusqu'au développement d'une tumeur ? A ce moment, les malades ne s'effraient plus de leur écoulement sanglant. Constatant que leur état général ne s'est pas modifié, qu'aucune tumeur ne s'est développée dans le sein, elles sont difficiles à convaincre de l'utilité d'une intervention.

Mais attendre le développement clinique de la tumeur demande parfois encore de longues années. L'évolution cancéreuse, si elle est rare, n'en est pas moins possible et il vaut mieux, par une incision exploratrice retardée, aller vérifier la cause de l'hémorragie.

D'autres fois, l'examen clinique permet, après un temps variable, de reconnaître le développement d'une tumeur sous-mamelonnaire.

Cette tumeur présente tous les caractères d'une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire. Elle en présente tous les signes : elle est régulière, très mobile, n'adhérant pas au mamelon.

Cette tumeur sous-mamelonnaire peut apparaître d'autres fois suspecte, au point de vue clinique, parce que ses limites ne sont pas aussi nettes, parce que sa mobilité n'est pas parfaite. On ne s'attardera pas, dans ces cas, à en préciser les caractères au point de vue clinique. On ne retirera pas non plus un grand bénéfice à faire une incision exploratrice ou même une biopsie.

Toutes les fois qu'on aura un doute clinique on fera toujours l'amputation du sein.

Toute tumeur sous-mamelonnaire n'est pas toujours, en effet, une tumeur canaliculaire bénigne. Il peut s'agir, en effet, soit de l'évolution néoplasique d'un kyste papillaire, soit d'un cancer du sein le plus banal à début sous-mamelonnaire.

Mais d'habitude, la tumeur sous-mamelonnaire présente tous les caractères cliniques d'une tumeur canaliculaire bénigne. L'apparition de cette tumeur a pu se produire après plusieurs mois d'écoulement sanglant mamelonnaire. D'autres fois, c'est après de longues années que le kyste est apparu.

Aussitôt qu'on le perçoit, il faut l'enlever, suivant la technique indiquée par Lecène :

1° Incision radiaire à travers le mamelon partant du galactophore malade ;

2° On découvre ainsi le canal que l'on suit jusqu'à la tumeur constituée par une dilatation kystique noirâtre, remplie par des végétations frangées ;

3° Ablation du kyste et du galactophore, assez large pour dépasser sûrement les limites de la lésion ;

4° Suture du parenchyme glandulaire. Hémostase. Réunion de la peau sur un drainage capillaire.

La guérison, après ces interventions locales, est d'habitude définitive.

Les 6 observations de Lecène montrent ainsi des guérisons définitives pour 4 malades, depuis 3 ans, et, pour 2 autres, depuis 11 ans.

Il arrive cependant que l'écoulement sanglant se reproduise, après quelques mois ou après plusieurs années.

Les nouvelles hémorragies mamelonnaires peuvent, à leur tour, exister d'une façon isolée, ou s'accompagner d'un ou plusieurs kystes perceptibles cliniquement.

La plupart des chirurgiens proposent, en présence de ces récurrences, l'amputation du sein. Delbet a montré, en effet, tout le danger que l'on court à laisser évoluer de telles lésions canaliculaires multiples.

Telles sont les indications thérapeutiques différentes qui se poseront successivement au cours de l'évolution d'un écoulement de sang par le mamelon qu'on aura laissé évoluer.

On peut, au contraire, proposer immédiatement à la malade une opération exploratrice.

2° L'opération exploratrice immédiate.

On utilisera alors, après anesthésie générale, la vaste incision sous-mammaire. On prendra le bon plan de clivage, en passant derrière le sein sur le pectoral, tendu par le bras en abduction.

Cette incision arciforme permet de relever le sein et de bien l'explorer par sa face profonde.

Nous répéterons d'ailleurs, qu'en opérant ainsi à la phase de début, les lésions anatomiques ne sont pas très grosses. Elles sont difficiles à percevoir, surtout

sur les seins volumineux et gros, où l'on est obligé à faire des coupes multiples, sans être encore certain de découvrir la lésion.

Plus souvent cette exploration de la glande mammaire par sa face profonde permet de reconnaître l'affection.

Si l'on se trouve en présence de un ou plusieurs kystes d'aspect et de contenu noirâtres on les excise largement. Puis on suture le parenchyme glandulaire et on termine par un rabattement de la glande mammaire en bonne place, avec suture cutanée et drainage filiforme.

Si l'on trouve, au cours de l'opération, la glande bourrée de kystes, on peut facilement enlever le corps mammaire en totalité. Si, à l'examen, on a des doutes sur la bénignité de la tumeur, il est bien évident qu'on doit faire immédiatement une ablation totale du sein et un curage ganglionnaire axillaire.

Chez l'homme, les indications thérapeutiques, en présence d'une hémorragie mamelonnaire sont absolument identiques. L'expectative paraît, chez lui, plus justifiée, puisque l'examen clinique permet plus facilement de percevoir, dès le début, les différentes affections qu'avait révélées l'écoulement de sang par le mamelon.

*
* *

— En somme, il est impossible, en présence d'un écoulement sanglant mamelonnaire d'adopter une ligne de conduite fixe et invariable.

— L'amputation constitue, dans les quatre cinquièmes des cas, une mutilation inutile.

— L'incision exploratrice sous-mammaire, lorsqu'on la fait tout au début de l'affection, s'adresse à une lésion petite, souvent difficile à mettre en évidence, parfois délicate à interpréter.

— L'abstention et l'expectative obligent à une surveillance régulière. Les indications thérapeutiques se poseront alors d'une façon différente, suivant les différents aspects cliniques que pourra secondairement revêtir cet écoulement sanglant, primitivement isolé.

OBSERVATIONS

Observations d'hémorragies par le mamelon dues à une tumeur bénigne intra-canaliculaire

Obs. I (de M. le P^r LEJARS).

Mme D..., 59 ans, gardienne de propriété.

Vient consulter au mois de juin 1931 adressée par le Dr Steinberg, parce qu'elle a constaté l'existence d'un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon droit.

Cet écoulement a commencé au mois de janvier 1931, il y a 5 mois. Cet écoulement au début était séreux, suffisamment abondant pour obliger la malade à se garnir. Depuis son apparition, il a persisté d'une façon ininterrompue et constante. Il y a 2 mois seulement que cet écoulement est devenu séro-sanguinolent, et la malade attribue cette transformation hémorragique aux examens qu'elle a subis.

La malade ne se plaint d'aucun autre trouble. Elle n'a jamais ressenti ni douleur ni gêne au niveau de son sein. Son état général est resté excellent. C'est pour cela qu'elle est venue si tardivement consulter,

C'est une malade de 59 ans, d'aspect robuste, sans obésité, un peu rouge. Elle a toujours été bien portante, n'a jamais eu d'enfant.

A l'examen, le sein droit paraît augmenté de volume en masse, mais cette augmentation est légère et ne s'apprécie que par comparaison avec l'autre côté. Le mamelon est normal. Il n'existe ni croûtes ni ulcérations. Sur la compresse qui le recouvre, une goutte séro-sanguinolente.

Par le palper le plus attentif, on ne découvre aucun noyau, aucune induration, ni sous le mamelon, ni en aucun autre endroit du sein. On a seulement l'impression d'un sein un peu plus gros, un peu plus lourd que le symétrique. Cette palpation est absolument indolore.

L'expression du mamelon fait sourdre très facilement une goutte de sang presque pur. Le sang ainsi obtenu vient sourdre par un galactophore, au niveau du pôle supérieur du mamelon.

Aucun ganglion axillaire ou sus-claviculaire. L'autre sein est absolument normal.

La malade présente un peu d'albumine dans ses urines et une tension élevée : 22-16 au Vaquez.

Etant donné l'âge de la malade, on lui propose l'amputation simple du sein.

OPÉRATION le 4 juin 1931. Opérateur M. Chabrut : Ablation simple du sein à l'anesthésie locale.

A L'EXAMEN DE LA PIÈCE, on trouve, sous le mamelon, une tumeur grosse comme un gros pois, développée à l'intérieur d'un canal galactophore. Cette tumeur est

constituée de végétations dendritiques très fines, très frangées, apparaissant sous forme de houppes quand on exprime le petit kyste. Cette tumeur paraît très bien limitée. Le reste du sein est absolument normal.

Macroscopiquement, il s'agit donc d'une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Giet.

« Il s'agit d'un épithélioma dendritique typique. Le tube canaliculaire est dilaté et sa bordure est normale. Les végétations dendritiques sont constituées de petites cellules épithéliales aplaties, disposées sur de nombreuses couches. L'axe de ces végétations est formé d'un tissu conjonctivo-vasculaire très développé ».

En somme, l'hémorragie par le mamelon, symptôme unique était due, à une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire impossible à percevoir cliniquement du fait de ses faibles dimensions.

Obs. II (de M. le P^r LEJARS).

Mme F..., malade de 45 ans, vient consulter à Saint-Antoine en avril 1925, parce qu'elle présente, depuis un an, une hémorragie par le mamelon gauche.

Cette malade a été amputée du sein droit, il y a 12 ans à Lyon. Elle ne donne pas de renseignement précis sur cette intervention. La cicatrice du côté droit est souple, il n'existe aucune induration sous la cicatrice ni dans l'aisselle.

L'hémorragie par le mamelon gauche est survenue brusquement il y a un an. Cet écoulement est assez

abondant obligeant la malade à se garnir. Il est continu depuis son apparition, mais ne s'est accompagné d'aucune déformation au niveau du sein.

L'examen très soigneux du sein, de l'aisselle et des régions voisines, ne révèle absolument rien d'anormal. Cet examen est d'ailleurs difficile, car il s'agit d'une malade obèse à sein volumineux.

Bien que l'examen clinique soit absolument négatif, du fait de l'amputation précédente de l'autre sein, on propose l'amputation du sein à la malade.

Celle-ci est pratiquée par M. Séjournet le 22 avril 1925. Amputation simple du sein.

La coupe de la glande révèle un épithélioma dendritique gros comme une cerise, siégeant sous le mamelon à sa partie inférieure. C'est un kyste à contenu noirâtre et bourrée de végétations dendritiques.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Giet :

« Il s'agit d'un épithélioma endo-canaliculaire développé dans un tissu conjonctivo-scléreux très dense. On reconnaît la bordure normale du tube canaliculaire dilaté. Les canaux présentent dans leurs cavités des végétations dendritiques desquamant facilement. Quelques canaux sont même remplis d'éléments épithéliaux desquamés ou en voie de cytolypse. L'épithélium est un épithélium cylindrique à plusieurs couches mais il n'existe aucune monstruosité cellulaire qui fasse penser à une dégénérescence maligne ».

En fait, cette malade fut revue en 1929, quatre ans après l'intervention complètement guérie. Elle avait à ce moment une tension à 29-14, et présentait des

signes de défaillance cardiaque. Son médecin traitant nous écrit qu'elle est morte en 1930 d'un œdème aigu du poumon.

Cette observation comme la précédente rapporte l'histoire d'une hémorragie mamelonnaire, symptôme unique due à une tumeur végétante bénigne intracanaliculaire, impossible à percevoir cliniquement du fait de ses faibles dimensions.

Obs. III (de M. le Pr LEJARS).

Mme B..., 33 ans, malade de 33 ans, vient consulter en mars 1924, pour un écoulement sanglant du sein droit apparu il y a un an. A l'examen on perçoit sous le mamelon une tumeur grosse comme une grosse noix parfaitement lisse et régulière, dont l'expression reproduit l'écoulement mamelonnaire. Cette tumeur est molle, mobile et n'adhère pas au mamelon. Elle paraît cliniquement très bien limitée, et est absolument indolore. En somme, cette tuméfaction présente tous les caractères d'une tumeur végétante bénigne intracanaliculaire.

Le reste du sein paraît normal, mais l'examen de la région axillaire révèle l'existence d'un gros ganglion, dur et indolore. Le ganglion isolé est très mobile. Il n'existe aucune lésion au niveau du membre supérieur, qui puisse expliquer l'existence de cette adénopathie.

L'autre aisselle est normale, ainsi que les régions inguinales.

L'existence de ce ganglion fait décider l'amputation large du sein.

Le sein fut amputé par M. Séjournet le 20 mars 1924 avec ablation des 2 pectoraux et curage axillaire.

La guérison opératoire fut obtenue en 15 jours et la malade sortit le 5 avril.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Giet.

« Le fragment de la tumeur sous-mamelonnaire est constitué par de nombreuses cavités canaliculaires dilatées avec végétations dendritiques. Il n'existe pas de disposition anarchique de cet épithélium. Chaque cavité est limitée par une épaisse basale collagène. Cette basale reste ininterrompue.

« Le deuxième fragment a été prélevé au niveau de la masse ganglionnaire. Dans ce fragment, il n'existe plus que des traces de tissu lymphoïde, et principalement au niveau de la périphérie où le tissu adipeux est métaplasie en tissu inflammatoire. Le ganglion lui-même est rempli de larges boyaux épithéliomateux, pleins dont quelques-uns présente une petite cavité centrale. Ces boyaux sont mal limités. Certains ont l'aspect d'épithélioma plein indifférencié.

En fait la malade mourut en 1926, deux ans après son intervention de métastase vertébrale.

Cette observation n'est pas une histoire d'hémorragie mamelonnaire, unique symptôme. Elle est cependant très intéressante, car elle rapporte l'histoire d'une tumeur canaliculaire bénigne dégénérée, chez une malade jeune de 33 ans. Le seul signe clinique de cette dégénérescence maligne était la présence d'un ganglion axillaire.

Observation d'hémorragie par le mamelon due à une forme anormale de maladie de Reclus.

Obs. I (due à l'obligeance de M. le Dr ELTRICH (Alençon)).

Mme B..., 41 ans, adressée par le Dr Tremblin, vient consulter au mois d'avril 1925 le Dr Eltrich parce qu'elle a constaté depuis un mois environ l'existence d'un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon gauche. En même temps, elle a constaté l'apparition d'une tumeur développée dans la partie externe du sein, tumeur absolument indolore.

A l'examen du sein, on constate l'existence d'une tumeur dure mal limitée, siégeant dans le quadrant supéro-externe du sein gauche. Cette tuméfaction grosse comme une noix est dure mal limitée, un peu douloureuse au palper. La peau, si on essaye de la plisser, adhère déjà à la superficie de la tumeur. Par l'expression, on n'arrive pas à reproduire l'écoulement par le mamelon. Il n'existe aucune adhérence de ce noyau dur aux pectoraux. La palpation attentive du reste de la glande mammaire, montre celle-ci normale dans toute son étendue. Il n'existe aucune adénopathie axillaire. L'autre sein est normal.

En présence de ce noyau dur, mal limité, adhérent à la peau, révélé par l'écoulement sanglant mamelonnaire et survenant chez une femme de 41 ans, on porte le diagnostic d'épithélioma du sein, et on propose l'ablation du sein à la malade.

L'opération est pratiquée le 18 avril 31 dans la clini-

que du Dr Eltrich : Ablation au Schleich du sein, des 2 pectoraux et curage ganglionnaire axillaire.

A L'EXAMEN DE LA PIÈCE : la tumeur est formée d'un gros kyste à contenu séro-sanguinolent. Il n'existe aucune végétation sur la paroi de cette cavité, le kyste est prolongé par un canal galactophore énorme jusqu'au mamelon. Autour de ce kyste existe une mammite dure qui se prolonge dans le reste de la glande en travées blanchâtres. Il existe d'autres petits kystes en formation, en d'autres points de la glande.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE fut pratiqué par M. le Pr agrégé Moulonguet.

« Il s'agit d'une maladie kystique de Reclus avec présence de kystes de dimensions variables, plus ou moins végétants. Quelques-uns d'entre eux présentent un revêtement de type idrosadénoïdes. On trouve aussi des amas acineux hyperplasiques. Tous ces aspects restent parfaitement typiques et rien ne permet de penser à une dégénérescence maligne sur les fragments examinés.

Nous rapportons cette observation, bien qu'il ne s'agisse pas d'hémorragie mamelonnaire symptôme unique.

Elle est intéressante car elle rapporte l'histoire d'une forme anormale de maladie de Reclus, s'étant révélée par un écoulement sanglant mamelonnaire.

Observation d'hémorragie par le mamelon due à un adéno-fibrome

Obs. I (due à l'obligeance de M. le Dr PIERRE BROcq.

Mlle L..., 25 ans, vient consulter M. le Dr Brocq au début de novembre 1920, parce qu'elle a constaté depuis une quinzaine de jours un écoulement de sang par le mamelon gauche. Cette phase d'écoulement sanglant a été précédée, pendant un an, d'une période d'écoulement purulent par le même sein. Cet écoulement purulent s'était installé insidieusement, et était apparu spontanément. Jamais de traumatismes. Jamais d'allaitement, d'ailleurs la malade n'a jamais été enceinte. L'écoulement purulent a toujours été indolore, il ne s'est accompagné d'aucune déformation de la glande mammaire. C'est la transformation sanglante de cette sécrétion qui inquiète la malade, qui vient ainsi demander conseil.

A L'EXAMEN : Les deux seins sont énormes rappelant certaines formes frustes d'hypertrophie mammaire. La palpation la plus attentive en permet de ne rien déceler d'anormal, pour aucun d'eux. Le mamelon est normal.

Il n'existe aucune déformation, aucune tumeur.

Par le palper et l'expression, on ne peut arriver à reproduire l'écoulement.

Aucune adénopathie axillaire ou sus claviculaire. L'examen de l'écoulement fait par M. le Dr Thibaud a montré la présence presque exclusive de globules rouges intacts ou plus ou moins désintégrés, disposés en amas ou disséminés.

Étant donnée l'hypertrophie mammaire bilatérale, étant donné qu'on ne sent rien à l'examen clinique, on propose l'expectative à la malade. Mais celle ci réclame absolument l'intervention qui est pratiquée par M. le Pr agrégé Brocq le 10 novembre 1920.

OPÉRATION. — Schleich. Amputation du sein et curage axillaire où l'on ne trouve aucun ganglion perceptible. On enlève simplement avec le sein l'aponévrose du grand pectoral. Suture. 1 drain dans l'aisselle.

A l'examen de la pièce, on trouve une hypertrophie mammaire diffuse. Près du mamelon, dans le quadrant inféro-externe, existe une petite tumeur, blanche, d'aspect adénomateux, grosse comme un grain de raisin. Cette tumeur blanchâtre paraît assez bien limitée.

L'examen de la pièce pratiqué par M. le Dr Thibaud a montré :

Dans la trame d'un tissu conjonctif assez dense sont disséminés des acinis glandulaires, présentant une basale et une ou plusieurs assises de cellules cylindriques. Il existe en outre de larges cavités limitées par une seule couche de cellules aplaties remplies par du mucus.

Ce sont des tubes acineux considérablement développés. Dans certains culs-de-sac glandulaires, on peut relever quelques cellules polymorphes suspectes de dégénérescence maligne.

Conclusion : Il s'agit d'un adéno fibrome contenant des cellules atypiques qui doivent faire redouter une évolution maligne.

La malade fut revue en 1927 en excellent état, c'est-à-dire 7 ans après l'intervention. La cicatrice est parfaite

du côté gauche. L'autre sein est toujours énorme, mais il n'a pas augmenté de volume depuis 1920. Il ne s'est produit aucun écoulement mamelonnaire du côté droit. Au palper on ne sent aucune tuméfaction dans le parenchyme.

Deux faits sont intéressants dans cette observation :

1° Le fait que l'écoulement sanglant a été précédé pendant un an d'une phase de sécrétion purulente ;

2° Le fait que cette hémorragie mamelonnaire a révélé l'existence d'un adéno-fibrome, à forme anormale, chez une malade présentant une hypertrophie mammaire bilatérale.

**Observations d'hémorragie par le mamelon,
sans examen histologique
mais à très longue évolution clinique**

Obs. I (due à l'obligeance de M. le D^r CHIBRET, d'Aurillac).

Mme C..., malade de 51 ans, est venue consulter M. Chibret à Aurillac, en 1928, pour des écoulements séro-sanguins du mamelon droit.

Ces écoulements ont débuté 2 ans auparavant un peu après la ménopause. Ces écoulements peu abondants se produisent d'une façon intermittente pendant plusieurs jours chaque mois. Depuis leur apparition ces petites hémorragies mamelonnaires ne sont apparues que la nuit. Le matin au réveil, la malade constatait que son linge était taché. Dans la journée, au contraire, aucun suintement ne se produisait.

Ces écoulements nocturnes se produisent pendant plusieurs jours chaque mois, mais il n'existe aucune régularité dans le cycle d'apparition de ces écoulements sanglants. Il n'existe en particulier aucun rapport avec les anciennes périodes menstruelles.

La malade qui ne s'était pas inquiétée au début, parce qu'elle ne ressentait aucune douleur, s'est décidée à consulter tardivement devant la persistance de ces hémorragies nocturnes.

L'examen attentif du sein ne révèle rien d'anormal. Aucune tumeur, aucune induration, aucune douleur. Le mamelon est normal. Aucun ganglion axillaire.

Du fait de ces examens négatifs, on proposa l'expectative et la surveillance à la malade.

Depuis 3 ans, les hémorragies par le mamelon ont persisté d'une façon intermittente, mais toujours nocturnes.

Les examens répétés n'ont montré le développement d'aucune tumeur perceptible au niveau du parenchyme mammaire.

Ces hémorragies mamelonnaires nocturnes unique symptôme, évoluent ainsi depuis 6 ans chez une malade de 54 ans.

Obs. II (de M. le D^r PIERRE BROCC).

Malade d'une cinquantaine d'années, d'Agen est venue consulter M. Brocq en 1924, pour un écoulement sanglant du mamelon droit, survenu quelques semaines auparavant.

L'examen ne révèle absolument rien. Le sein, la région axillaire sont normaux.

L'examen cytologique de l'écoulement révèle qu'il s'agit de sang pur ; il est constitué de globules en amas plus ou moins désintégrés.

Du fait de l'âge de la malade, et bien qu'on ne sente rien on proposa l'amputation du sein à la malade. M. Lejars, qui vit la malade en consultation, approuva cette ligne de conduite.

La malade refusa catégoriquement toute intervention.

Depuis 6 ans, les écoulements persistent, aucune tumeur ne s'est développée. L'état général est parfait, et la malade se félicite de son refus.

Observations d'hémorragies par le mamelon ayant révélé un cancer du sein

Obs. I (de M. le Pr LEJARS).

Mme X..., 46 ans, Val de Grâce, adressée à M. le Pr Lejars par un médecin militaire du Val de Grâce.

Il s'agit d'une malade de 40 ans, sans enfants, vue pour la première fois en 1906, pour un écoulement séro-sanguinolent du sein droit.

Cet écoulement est apparu spontanément il y a un an. Depuis cette époque, cette hémorragie mamelonnaire persiste peu abondante et intermittente, se produisant pendant plusieurs jours chaque mois. L'écoulement ne présente aucun rapport avec les règles. Il est absolument indolore et ne s'accompagne d'aucune défor-

mation du sein. La malade rapporte seulement avoir fait une chute de bicyclette 5 ans auparavant en août 1901 ; cette contusion du sein droit contre le guidon s'était accompagnée d'une petite ecchymose.

M. Lejars voit cette malade à plusieurs reprises pendant la première année de son écoulement. L'examen très soigneux, du sein de l'aisselle et des régions voisines ne révèle absolument rien d'anormal. Le sein est peu volumineux, facile à examiner. Il n'existe aucune tumeur aucune induration. Rien de suspect dans l'aisselle ni dans le creux sus-claviculaire.

Après quelques mois d'hémorragie mamelonnaire on arrive pourtant à reconnaître un petit relief intra-glandulaire à la base du mamelon. On délimite mal cette tuméfaction, petite, molle, dont l'expression ne reproduit pas l'hémorragie par le mamelon.

M. Lejars pratique l'excision de cette petite masse à l'anesthésie locale. Macroscopiquement, la pièce enlevée ne présente aucun caractère et paraît surtout grasseuse. L'examen histologique fut pratiqué au Val de Grâce. On répondit qu'il s'agissait d'une pseudo-tumeur vasculaire.

Après cette intervention locale, les hémorragies mamelonnaires n'en continuèrent pas moins. Vers le mois de juin 1907, la malade fut revue par M. Lejars, à ce moment, l'examen attentif montre le développement dans le sein de petits nodules, gros comme des noisettes, non indurés, au nombre de 5 ou 6.

Devant les hésitations du diagnostic on décida l'amputation du sein.

Un an après cette intervention, se développait au-dessus et à distance de la cicatrice opératoire, de petits nodules sous-cutanés. Ces nodules furent à leur tour excisés.

Enfin deux dernières récidives locales surviennent l'une en 1911, l'autre en 1917.

Depuis l'amputation du sein, toutes les pièces examinées successivement au Val de Grâce ont démontré l'épithélioma glandulaire.

De fait l'état général qui était resté longtemps excellent s'altère assez vite et dans les derniers temps, on voit survenir des signes broncho-pneumoniques. Petit à petit, l'état pleuro-pulmonaire s'aggrave et c'est dans ces conditions que la malade meurt, à la fin de 1918, treize ans après l'apparition des premières hémorragies du mamelon.

Cette observation d'hémorragie par le mamelon, symptôme primitivement unique, est intéressante au point de vue évolutif.

On peut regretter de ne plus avoir les pièces histologiques qui auraient permis un diagnostic plus précis, mais au point de vue clinique, cette observation montre le développement d'un cancer glandulaire à forme anormale, après une longue période d'hémorragie mamelonnaire isolée.

Obs. II (de M. le Pr LEJARS).

Mme D., malade de 41 ans, présente depuis un an des écoulements de sang par le mamelon gauche. Ces

écoulements peu abondants sont continus, depuis leur apparition. Au début n'existait aucune déformation du sein. C'est depuis quelques semaines que la malade a perçu le développement d'une petite tumeur sous le mamelon. C'est le développement de cette tumeur qui a décidé la malade à consulter.

A l'examen, le sein gauche présente sous le mamelon, une induration grosse comme une noix mal limitée, absolument indolore. Cette tuméfaction, dure, à limites imprécises, adhère à la face profonde du mamelon, qui cependant n'est pas rétracté.

Le reste du sein est normal. Aucune adénopathie axillaire ou sus-claviculaire.

On fait le diagnostic de cancer du sein sous-mamelonnaire et on décide l'amputation large du sein.

Opération le 6 mai 1926, par M. le P^r Lejars. Amputation du sein et des pectoraux. L'aisselle ne contient rien d'anormal.

L'examen de la pièce montre sous le mamelon une tumeur blanche, sans limites, dure, d'aspect néoplasique, grosse comme une noix.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Giet : « Ce fragment a été prélevé au niveau de la tumeur sous-mamelonnaire. Il est constitué par un bloc néoplasique mal encapsulé et est formé de petites cellules épithéliales peu différenciées. En certains points, il existe de larges cavités, bordées par une mince basale collagène et contenant des cellules lactées volumineuses, le tout développé en plein bloc néoplasique.

D'autres cavités du même type sont remplies de tissu

collagène jeune en voie d'organisation, avec parfois présence de néo-capillaires. Au contact et en bordure de ces dernières cavités, les éléments néoplasiques sont métaplasés, les cellules sont boursoufflées et mal séparées du contenu cavitaire ».

Dans cette observation, l'hémorragie par le mamelon ne constituait pas l'unique symptôme. Il s'agissait d'un cancer s'étant accompagné d'un écoulement sanglant par le mamelon.

Ces néoplasmes sous-mamelonnaires ne sont pas fréquents. Ils ne doivent pas être confondus avec les tumeurs bénignes intra-canaliculaires.

CONCLUSIONS

1. Les écoulements de sang, symptôme unique, reconnaissent pour cause dans les quatre cinquièmes des cas une tumeur végétante bénigne intra-canaliculaire.

2. Beaucoup plus rarement, ces hémorragies mamelonnaires isolées sont dues à un cancer des galactophores, à une maladie de Paget, à un adéno-fibrome, à une forme anormale de maladie de Reclus.

3. Etant donnée la fréquence des tumeurs bénignes intra-canaliculaires dans l'étiologie de ces écoulements de sang par le mamelon, il est illogique de faire systématiquement l'amputation du sein dans ces cas.

4. Il est de même dangereux de laisser évoluer ces écoulements sanglants sans une surveillance attentive et régulière.

5. Cette surveillance clinique permet :

a) De dépister, dès leur début, les affections graves justiciables d'une amputation du sein ;

b) Souvent de voir se développer par la suite un kyste canaliculaire que l'on pourra traiter par une incision locale, sans mutilation inutile.

6. L'intervention exploratrice immédiate sous-mammaire apparaît au point de vue rationnel comme l'intervention de choix, permettant d'emblée de reconnaître et de traiter l'affection en cause. En réalité, cette exploration mammaire est souvent difficile à la période de début. La lésion est toute petite, toujours difficile à mettre en évidence, parfois délicate à interpréter.

7. C'est donc à la surveillance clinique que nous donnerons nos préférences à condition de ne pas prolonger celle-ci pendant plus de un an ou deux et de la compléter si aucune tumeur ne s'est développée à cette période par une incision exploratrice retardée.

8. Il est évident que chez les malades âgées et dans tous les cas où l'examen clinique laissera le moindre doute, on fera toujours l'amputation du sein.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUR. — Société anatomique, 5 février 1909.
2. BARTLETT. — 125 cas d'hypertrophie mammaire (*Surg. Gyn.* vol. XXXVIII, 1924).
3. BOWLBY. — St-Barthol Hosp. Report vol. XXIV.
4. BAUDET. — Epithélioma dendritique du sein (*Toulouse médical*, 1903, t. XI).
5. BLANC. — Epithélioma du sein intracanaliculaire (*Loire médicale*, St-Etienne, 1920).
6. BLOODGOOD. — (*Archives of Surgery*, 1924, t. VIII, p. 461). Maladie de Paget du mamelon.
7. CHAUVIN. — (*Archives franco-belges de chirurgie* novembre 23, p. 1000). Revue générale complète de la glande mammaire.
8. CHRISTELLER. — Atlas d'Histo-topographie, Leipzig, 1927.
9. CHAZEL. — La mastite nécrosante (*Thèse de Paris*, 1929).
10. CHEATLE. — (*British Journal of Surgery*, vol. XIII, janvier 1926). Maladie de Paget.
11. CHEATLE. — *British Journal of Surgery*, t. XIII, janvier 1926.

12. CHEATLE. — British Journal of Surgery, 1921, t. VIII.

13. CESTAN. — Epithélioma dendritique du sein (*Toulouse médical*, 1920).

14. CHAUVEL et RENAUD. — Cancer du sein à marche rapide ayant la structure d'un épithélioma à végétations dendritiques chez une jeune fille (*Compte-rendu de la Société anatomique d'Anat. path.*, mai 1921, p. 245).

15. CORNIL et PÉRAIRE. — Epithélioma canaliculaire du sein (*Bulletin Société anatomique de Paris*, 1908, t. LXXI).

16. *Congrès français de Chirurgie*, octobre 1921. Rapport de Forgue et de Walter.

17. DELBET et MENDARO. — Les cancers du sein (Masson, éditeur).

18. DELBET. — Epithélioma dendritique du sein (*Association française pour l'étude du cancer*, 19 décembre 1921).

19. DELBET. — Mammite chronique en évolution (*Concours médical*, 16 décembre 1928).

20. DAVID. — (*Annals of Surgery*, 1922, vol. LXXV). Kystes papillaires du sein chez l'homme.

21. DOGLIOTTI. — (*Archivio italiana di Chirurgia*, décembre 1925, t. XVI). Contribution à l'étude des papillomes endocanaliculaires du sein chez la femme et chez l'homme.

22. DERYL HART. — Archives of Surgery, avril 1927, de Baltimore.

23. E. HAHN. — (Genève). La maladie kystique du sein et des stades initiaux chez les femmes jeunes.

24. FRANÇO. — (*Clinica Chirurgica*, t. XIX, 1911, p. 2305). Les tumeurs du sein chez l'homme.

25. GRYNFELT. — Les galactocèles (*Gynécologie et Obstétrique*, 1922, t. V, p. 105 et 204).

26. GRYNFELT. — Etude histologique d'un épithélioma intracanaliculaire hémorragique du sein (*Bulletin Association française pour l'étude du cancer*, juillet 1928).

27. HANDLEY. — Le cancer du sein. Edition française (Maloine, éditeur, 1910).

28. HARTMANN, RENAUD d'ALLAINES. — La tuberculose mammaire à forme néoplasique (*Gynécologie et obstétrique*, 1924 t. X, page 81).

29. KLOSE (Dantzig). — La mamelle saignante doit-elle être ou non opérée ? (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LIII, octobre 1927).

30. LÉO, Sur l'épithélioma intracanaliculaire de la mamelle, (*Annali italiani di Chirurgia*, 1924, fasc. 2, p. 111 139).

31. LECÈNE et GALTIER. Remarques sur le traitement chirurgical des tumeurs végétantes bénignes intra-canaliculaires du sein (*Journal de Chirurgie*, t. XXXI, avril 1928).

32. LECÈNE et CHIFOLIAU. — *Société anatomique* 1906, p. 1461). Le galactocèle.

33. LACOUTURE. — Epithélioma canaliculaire papillaire du sein (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1904, t. XXXV).

34. LECÈNE et MOULONGUET. — Annales d'anatomie pathologique, juin 1924.

35. LABBÉ et COYNE. — Les tumeurs bénignes du sein, 1876.

36. LETULLE. — Adéno-fibrome kystique (*Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1921, n° XIX, p. 401).

37. MORESTIN. — Epithélioma canaliculaire à début mamelonnaire (*Bulletins et mémoires Société anatomique de Paris*, 1908, t. LXXXII).

38. MOULONGUET et PAVIE. — Les diagnostics anatomo-chimiques de Paul Lecène. Lésions du sein (Masson Edit).

39. PRIBRAM. — Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, t. XIII, p. 311.

40. PINEL. — Dictionnaire des sciences médicales, 1817

41. PETIT. — Association française pour l'étude du cancer, 20 février 1913.

42. REVERDIN et MAYOR. — Revue médicale de la presse normande, 1890, p. 464.

43. RICOU. — Epithélioma intra-canal, du sein. (*Bul. et Mémoires Société anatomique de Paris*, 1904 LXXIX).

44. ROUSSY et BERTRAND. — Travaux d'anatomie pathologique (Masson, Edit).

45. SEMB. — Acta. chirurgica. Scandinavica, 1928 t. LXIV, supplément 10.

46. S. DOBKEVICK. — (*Thèse de Paris*, 1926) La maladie de Paget.

47. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet.

48. TOURNEUX. — Epithélioma dentritique du sein, (*Société Anat. de Paris*, 11 mars 1922).

49. VALLEBONA. — Sur le fibrome pur intracanaliculaire du sein. (*Minerva Médica*, juillet 1928).

50. VANVERTS. — Epithélioma dendritique du sein

(*Bul. et Mémoires Chirurgie du Nord*, Lille, 1906, p. 94).

51. DELBET et HERRENSCHMIDT. — Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer, février 1922.

52. LEJARS. — Exploration clinique et diagnostic chirurgical (Masson, 1937).

53. LEJARS. — Leçons de Chirurgie (La Pitié, 1893-94, Paris, 1895. (Masson, Edit).

1932. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC
